

УДК: 613:796:371.7(082)

DOI: <https://doi.org/10.28925/2025.150514conf>

Здоров'я, фізичне виховання і спорт: перспективи та кращі практики: матеріали V Міжнарод. наук.-практ. онлайн-конф., м. Київ, 15 травня 2025 р. Київ: Київський столичний ун-т ім. Б.Грінченка, 2025. 146 с.

У збірнику представлені тези доповідей присвячених питанням актуальних практик тренування в спорті та фітнесі, сучасних тенденцій та інновацій у фізичному вихованні, медико-біологічного забезпечення та кінезіології спорту, соціально-правового регулювання, здоров'язберігаючих технологій, фізичної терапії та ерготерапії, інклюзивності спорту та сучасних трендів спортивної освіти.

Голова організаційного комітету:	Георгій Лопатенко
Члени організаційного комітету:	Ірина Грузевич, Олена Тімашева, Вікторія Білецька, Валентин Савченко, Марія Прядко.
Редакція тез:	Ірина Грузевич

Матеріали пройшли перевірку сервісом для запобігання плагіату Turnitin.

Наукове електронне видання включено до наукометричної бази Google Scholar.

Видання відкрито для вільного доступу на умовах ліцензії Attribution-NonCommercialNoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0), котра дозволяє іншим особам вільно розповсюджувати опубліковану роботу з обов'язковим посиланням на автора(ів) оригінальної роботи та публікацію роботи в цьому виданні.

Затверджено

Вченою радою Факультету здоров'я, фізичного виховання і спорту
Київського столичного університету імені Бориса Грінченка
(протокол від 21.05.2025 р. № 4).

Електронна версія видання розміщена на сайті: <https://fzfv.kubg.edu.ua/>

Київський столичний Університет імені Бориса Грінченка, 2025

Літвінова К.Ю., Білецька В.В., Ільєнков О.А. МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ПЕРШОГО ЗРІЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ КРОСФІТОМ.....	101
Пестерніков В.В. ФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ УЧЕНИЦЬ ЗАКЛАДІВ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ НАСТІЛЬНОГО ТЕНІСУ.....	103
Станкевич Л.Г., Чендей Н.І., Марковесва Д.А. ВПЛИВ АНТИОКСИДАНТНОГО КОМПЛЕКСУ (ВІТАМІНІВ Е, С, ЛІПОЛІЄВОЇ КИСЛОТИ ТА СЕЛЕНУ НА ПОКАЗНИКИ МЕТАБОЛІЗМУ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ-КОВЗАНРІВ.....	105
Тищенко В., Кучеров Д. ПРОФІЛАКТИЧНИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОЗМИНКИ В СИСТЕМІ ПІДГОТОВКИ СПОРТСМЕНІВ ІГРОВИХ ВИДІВ СПОРТУ.....	106
НАПРЯМ 5 ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ, ІНКЛЮЗИВНІСТЬ СПОРТУ SECTION 5 HEALTH-SAVING TECHNOLOGIES, PHYSICAL THERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY, INCLUSIVITY OF SPORT	
Алієв Р., Погоріла І.О. ФАКТОРИ ДОВКІЛЛЯ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СТАРІННЯ...	111
Баришников А.О. РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТОКУ ДІТЕЙ 4-6 РОКІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГРУПІ.....	113
Воловик Н.І. ФІТНЕС-ЙОГА – ЯК ЕФЕКТИВНА ТЕХНОЛОГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ПОПЕРЕКУ.....	116
Гамоля В.О., Ковбаса Д., Тимчик О.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДИТЯЧОМУ СПАСТИЧНОМУ ТЕТРАПЛЕГІЧНОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ.....	118
Гнатюк С.М., Неведомська Є.О. ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ.....	122
Ієвлєв О.І., Виноградов О.О. ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ ПРИ S-ПОДІБНОМУ ІДІОПАТИЧНОМУ СКОЛІОЗІ.....	126
Кльоз Р., Тиравська О. РРАМ AID У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСІБ ЗНИЖЕННЯ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ.....	128
Орлянська П.В., Неведомська Є.О. МЕТОД КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД РЕАБІЛІТАЦІЇ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА.....	130
Савченко В.М., Омері І.Д., Тимчик О.В., Неведомська Є.О. ОЦІНКА СТАНУ ДУХОВНОГО ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ. ЧАСТИНА 3.....	132
Савченко В.М., Харченко Г.Д., Яценко С.П., Буряк О.Ю. ЗВ'ЯЗОК УСВІДОМЛЕННОСТІ ТА ЦІННІСНОГО СПРЯМУВАННЯ ЛЮДИНИ ЩОДО СЕНСУ ЖИТТЯ З ЇЇ ФІЗИЧНОЮ АКТИВНІСТЮ.....	135
НАПРЯМ 6 СУЧАСНІ ТРЕНДИ СПОРТИВНОЇ ОСВІТИ	

2. Karabay, İ. et al. (2016) Training postural control and sitting in children with cerebral palsy: Kinesio taping vs. neuromuscular electrical stimulation, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, pp. 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.009>.
3. Luh Karunia Wahyuni. (2022) Multisystem compensations and consequences in spastic quadriplegic cerebral palsy children. *Front. Neurol.*, 09 January 2023. *Sec. Pediatric Neurology Volume 13 - 2022* URL: <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.1076316>
4. McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, Stumbles E, Wilson SA, Goldsmith S. (2013) A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2013. 55 (10). URL: doi: 10.1111/dmcn.12246
5. Sakzewski, L., Gordon, A. and Eliasson, A.-C. (2014) The state of the evidence for intensive upper limb therapy approaches for children with unilateral cerebral palsy, *Journal of Child Neurology*, 29(8), pp. 1077–1090. <https://doi.org/10.1177/0883073814533150>.
6. Wu, M. et al. (2017) Robotic resistance treadmill training improves locomotor function in children with cerebral palsy: a randomized controlled pilot study, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(11), pp. 2126–2133. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.04.022>

ВПЛИВ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Гнатюк С.М.

Неведомська Є.О.

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, м. Київ, Україна

Вступ. Проблема аутизму в Україні загострюється, тому що під час війни росії проти України виникли труднощі з діагностикою, а фізична терапія та педагогічний супровід дітей із розладами аутистичного спектру (РАС) недоступні належною мірою. Слід зазначити, що й до повномасштабної війни українські діти із аутизмом тривалий час були позбавлені медико-психолого-педагогічної допомоги: лише наприкінці 90-х років ХХ століття в Україні зроблені перші кроки у напрямі напрацювання адекватної моделі допомоги особам з аутизмом. Складовими цієї моделі є медикаментозна терапія та психолого-педагогічна корекція, яка є провідною формою роботи з дітьми з аутизмом [2]. Проте, фізичній терапії приділялося, на нашу думку, недостатньо уваги у допомозі дітям із РАС. Це і спонукало нас до дослідження впливу засобів фізичної терапії у роботі з дітьми із РАС.

Мета дослідження – оцінити ефективність впливу програми фізичної терапії на психомоторний розвиток дітей із розладами аутистичного спектру.

Матеріал дослідження. В експериментальному дослідженні взяли участь 16 дітей, серед яких 8 дівчаток (50 %) та 8 хлопчиків (50%), зі встановленим діагнозом – F.84.0 – дитячий аутизм. Середній (медіана (верхній квартиль; нижній квартиль)) вік обстежених склав 6 (6; 5) років. Дослідження проводилось за письмовою згодою батьків \ опікунів досліджуваних пацієнтів та дозволом від керівництва Центру розвитку дітей (м. Рівне).

Методи дослідження. Обстеження дітей із РАС включало дослідження психомоторного розвитку. Для цього нами було розроблено спеціальну програму з 11 тестів, завдяки якій було обстежено статичну, динамічну та зорово-рухову координацію рухів, ручну швидкість, ритмічність рухів, координацію рухів пальців рук та загальну координацію рук, рухову пам'ять, оцінку рухів у просторі, спритність рухів і міміку дітей із РАС до впровадження розробленої нами програми фізичної терапії та після її запровадження.

Методи реабілітаційного впливу. Розроблено та запроваджено програму фізичної терапії дітей із РАС. Основним завданням програми фізичної терапії було сприяння швидший

корекції психомоторного розвитку дітей із РАС. Програму реалізовано такими засобами фізичної терапії, як кінезіотерапія; ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ); прогулянки на свіжому повітрі із включенням рухливих ігор [1].

Результати дослідження. Нами було обстежено психомоторний розвиток 16 дітей із РАС. Обстеження проводилося до початку запровадження програми фізичної терапії, яка тривала протягом трьох тижнів, та після впливу програми. Ключовими критеріями для оцінювання психомоторного розвитку були: правильність виконання практичного завдання, рівень самостійності дитини під час виконання завдання, розуміння дитиною поставленого завдання, здатність керувати власним тілом.

Результати виконання дітьми із РАС психомоторних тестів подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка показників психомоторного розвитку дітей із РАС у результаті виконання програми фізичної терапії (абсолютна кількість)

Показники психомоторного розвитку	До впливу (n=16)	Після впливу (n=16)	Статистична значущість (p)
1	2	3	4
Статична координація рухів (Me (BK, HK))	2 (2, 3)	3 (2, 3)	0,0001
1 (критичний)	4	0	<0,05
2 (низький)	7	6	
1	2	3	4
3 (середній)	5	7	
4 (високий)	0	3	
Динамічна координація рухів (Me (BK, HK))	2 (2, 3)	3 (2, 3)	0,0011
1 (критичний)	4	0	<0,05
2 (низький)	7	5	
3 (середній)	5	11	<0,05
4 (високий)	0	0	
Зорово-рухова координація (Me (BK, HK))	2 (2, 3)	3 (3, 3)	0,0002
1 (критичний)	1	0	
2 (низький)	8	3	
3 (середній)	6	9	
4 (високий)	1	4	
Ручна швидкість (Me (BK, HK))	2 (2, 3)	3 (3, 3)	0,0002
1 (критичний)	2	0	
2 (низький)	7	4	
3 (середній)	7	9	
4 (високий)	0	3	
Координація рухів пальців (Me (BK, HK))	3 (2, 3)	3 (3, 3)	0,0038
1 (критичний)	1	0	
2 (низький)	6	4	
3 (середній)	9	9	
4 (високий)	0	3	
Ритмічність рухів (Me (BK, HK))	2 (2, 3)	3 (3, 3)	0,0004
1 (критичний)	4	1	
2 (низький)	6	3	

Продовження табл. 1

3 (середній)	6	10	
4 (високий)	0	2	
Здатність до розслаблення м'язів (Me (BK, HK))	2,5 (2, 3)	3 (3, 3)	0,0002
1 (критичний)	1	0	
2 (низький)	7	1	<0,05
3 (середній)	7	12	
4 (високий)	1	3	
Рухова пам'ять (Me (BK, HK))	2 (2, 3)	3 (3, 3)	0,0000
1 (критичний)	2	0	
2 (низький)	9	2	<0,05
3 (середній)	5	12	<0,05
4 (високий)	0	2	
Просторово-часова та динамічна характеристика (Me (BK, HK))	3 (2, 3)	3 (3, 4)	0,0034
1 (критичний)	2	0	
2 (низький)	5	2	
3 (середній)	5	7	
4 (високий)	4	7	
Мімічний тест (Me (BK, HK))	1,5 (1, 2)	2 (2, 2)	0,0005
1 (критичний)	8	3	<0,05
1	2	3	4
2 (низький)	8	9	
3 (середній)	0	4	<0,05
4 (високий)	0	0	
Спритність рухів (Me (BK, HK))	2 (1, 2)	2 (2, 3)	0,0000
1 (критичний)	6	0	<0,01
2 (низький)	10	9	
3 (середній)	0	7	<0,01
4 (високий)	0	0	

Аналіз результатів табл. 1 дав змогу встановити:

1. При дослідженні статичної координації рухів було виявлено, що середній показник тесту 16 дітей з РАС до впливу програми фізичної терапії становив 2 (2, 3) бали, що відповідає низькому рівню психомоторного розвитку. Після виконання програми фізичної терапії показники даного тесту значно збільшились ($p=0,0001$) і медіана досягнула середнього рівня – 3 (2, 3). Було зафіксовано, що критично низького рівня статичної координації після реабілітаційного впливу не лишилось ($p<0,05$), а у 6/16 дітей – низький рівень, у 7/16 – середній рівень, і у 3/16 пацієнтів показник статичної координації сягнув високого рівня.

2. Обстеження динамічної координації рухів виявили, що до впливу програми фізичної терапії середній показник становив 2 (2, 3) бали, що вказує на низький рівень. Після впливу програми фізичної терапії медіана сягнула 3 (2, 3) бали ($p=0,0011$). У 5/16 дітей із РАС спостерігається низький рівень динамічної координації рухів, у 11/16 – середній рівень ($p<0,05$), а критично низького ($p<0,05$) та високого рівня не було в жодній досліджуваній дитини.

3. Тест на зорово-рухову координацію до впливу показав низький рівень, оскільки медіана становила 2 (2, 3) бали, а після впливу програми фізичної терапії медіана становила 3 (3, 3) бали,

що свідчить про позитивний вплив програми та покращення результатів до середнього рівня зі значною статистичною значущістю ($p=0,0002$). При цьому до впливу програми фізичної терапії в 1/16 дитини був критичний ступінь виконання тесту, у 8/16 – низький, у 6/16 – середній та в 1/16 – високий рівні зорово-рухової координації.

4. Тест на ручну швидкість дав змогу встановити, що медіана показників до впливу програми фізичної терапії дорівнює 2 (2, 3) балам, а після впливу – 3 (3, 3) бали, що підтверджує покращення показників із низького рівня до середнього ($p=0,0002$). Наприкінці експериментального дослідження показники рівнів ручної швидкості становили таких значень: 4/16 – низький, 9/16 – середній, 3/16 – високий.

5. Тестування координації рухів пальців обстежуваних пацієнтів показало, що у дітей на початку експерименту середній рівень виконання цього завдання і становив 3 (2, 3) бали. У кінці експериментального дослідження значення ще зросли ($p=0,0038$) і низький рівень зафіксований був в 4/16 досліджуваних, середній рівень спостерігався у 9/16 і високий рівень був 3/16 дітей з РАС. Медіана в кінці експериментального дослідження становила 3 (3, 3) бали, фактично так же, як на початку експериментального дослідження.

6. При оцінці тесту на ритмічність рухів дітей із РАС було встановлено, що медіана до експериментального впливу дорівнювала 2 (2, 3) бали. Після експериментального впливу програми фізичної терапії середній показник сягнув 3 (3, 3) бали. І при цьому критичний рівень виконання залишився лише у 1/16 дитини, у 3/16 – низький рівень, у 10/16 встановлено середній рівень, і у 2/16 зафіксовано високий рівень ритмічності рухів після експериментального впливу. Отже, впроваджена програма фізичної терапії покращила ритмічність рухів верхніх кінцівок у дітей з РАС ($p=0,0004$).

7. Виконання тесту на здатність до розслаблення м'язів до і після впливу програми фізичної терапії має статистично значущі відмінності ($p=0,0002$). Під кінець експерименту середній показник досягнув 3 (3, 3) бали. Критичний рівень показників не фіксувався у жодної дитини з РАС, низький рівень лишився лише в 1/16 ($p<0,05$), середній рівень відзначався в 12/16 і високий рівень був у 3/16 дітей з РАС.

8. Дослідження рухової пам'яті дітей із РАС виявило, що до впливу програми фізичної терапії критичний рівень спостерігався у 2/16 дітей, у 9/16 – низький рівень, і у 5/16 – середній рівень рухової пам'яті. При цьому медіана дорівнювала 2 (2,3) бали. Після впливу програми фізичної терапії критичний рівень не фіксувався ні в кого з дітей, низький рівень залишився лише у 2/16 дітей ($p<0,05$), середній рівень відзначався у 12/16 ($p<0,05$) і високий рівень – у 2/16 обстежуваних дітей. Медіана в даному випадку зросла до 3 (3, 3) балів, а відмінність показників була статистично значущою ($p=0,0000$).

9. Тест на здатність до оцінки і контролю просторово-часових і динамічних параметрів рухів дітей з РАС дав можливість встановити, що до впливу програми фізичної терапії медіана становила 3 (2, 3) бали. Після впливу програми фізичної терапії медіана склала 3 (3, 4) бали. При цьому показники покращились ($p=0,0034$) і критичного рівня не залишилось, низький рівень зафіксовано в 2/16 обстежуваних дітей, середній та високий рівні – у 7/16 дітей з РАС. Ці дані показують незначну, але позитивну динаміку впливу програми фізичної терапії на здатність дітей з РАС до оцінки і контролю просторово-часових і динамічних параметрів рухів.

10. За результатами обстеження дітей з РАС мімічний тест набрав найменше балів порівняно з іншими тестуваннями. Середній показник до впливу програми фізичної терапії становив 1,5 (1, 2) бали, що вказує на критично низький рівень контролю мімікою. Після впливу програми фізичної терапії у 3/16 дітей залишився критичний рівень ($p<0,05$), у 9/16 дітей – низький і у 4/16 дітей – середній ($p<0,05$) рівні виконання мімічного тесту. Медіана зросла з

критично низького рівня контролю мімікою до низького рівня і склала 2 (2, 2) бали ($p=0,0005$). Ці результати низькі, але вказують на незначний позитивний ефект впливу програми фізичної терапії на контроль за мімікою дітьми з РАС.

11. Для всіх учасників експерименту останній тест на спритність рухів видався важким до виконання, оскільки критичний рівень було зафіксовано в 6/16 дітей і в 10/16 – низький рівень спритності рухів. Медіана при цьому становила 2 (1, 2) бали. Уже після впливу програми фізичної терапії критичний рівень був відсутній ($p<0,01$), низький рівень спритності рухів виявлено у 9/16 дітей і середній рівень – у 7/16 досліджуваних дітей із РАС ($p<0,01$). Середній показник виконання тесту після впливу програми фізичної терапії зріс до 2 (2, 3) балів ($p=0,0000$). Ці результати низькі, але вказують на незначний позитивний ефект впливу програми фізичної терапії на психомоторний розвиток дітей із РАС.

З огляду на вищезазначене, можна констатувати, що завдяки впровадженню розробленої нами програми фізичної терапії вдалося покращити психомоторний розвиток дітей із РАС до середнього рівня. Статистично значущі покращення зафіксовано в усіх тестах психомоторного розвитку ($p<0,05$), що вказує на ефективність розробленої нами програми фізичної терапії саме в цьому аспекті. Зокрема, найбільші зміни спостерігалися у показниках зорово-рухової координації, координації пальців та ритмічності рухів. Натомість мімічний тест та тест на спритність рухів продемонстрували найменші зміни, що може бути пов'язано з глибшими порушеннями моторики обличчя та загальної моторики у дітей із РАС.

Висновки. Застосування запропонованої програми фізичної терапії сприяє покращенню психомоторного розвитку дітей із розладами аутистичного спектру.

Список використаних літературних джерел

1. Гнатюк, С. М., Неведомська, Є. О., & Білий, В. В. (2024). Ефективність програми фізичної терапії дітей із розладами аутистичного спектру. У *Фізичне виховання, спорт та здоров'я людини: досвід, проблеми, перспективи: матеріали XI Всеукраїнської науково-практичної онлайн-конференції* (с. 182–185). Київський столичний університет імені Бориса Грінченка. <https://doi.org/10.28925/2024.1211235conf>
2. Островська, К. О. (2012). *Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: Монографія*. Тріада плюс.

ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПІВ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ ФАСИЛІТАЦІЇ ПРИ S-ПОДІБНОМУ ІДІОПАТИЧНОМУ СКОЛІОЗІ

Ієвлєв О.І.¹

Виноградов О.О.^{1, 2}

¹ ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», Лубни, Україна

² НУ «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава, Україна

Вступ. Сколіоз – складна тривимірна деформація хребта, що визначається його боковим викривленням щонайменше на 10 градусів (кут Кобба), з обов'язковою ротацією хребта в цілому та торсією окремих хребців в напрямку вигину сколіотичної дуги [2; 4; 5].

Результати досліджень показують [4], що поширеність сколіозу серед дітей та підлітків становить 3,1%; показник поширеності змінюється залежно від статі, ступеня тяжкості та форми сколіозу. Основними прогностичними чинниками, що впливали на поширеність сколіозу, були стать, вік, індекс маси тіла, расова приналежність, фактори навколишнього середовища та спосіб життя. У 60–80% випадків сколіоз класифікується як ідіопатичний – причина розвитку якого невідома; існуючі теорії здебільше пов'язують ідіопатичний сколіоз з генетичними причинами.